

Dødsfall feilklassifisert i Iran

■ Et stort antall dødsfall i Iran blir feilklassifisert i dødsårsaksregisteret. Omklassifisering fra sju uspesifikke kategorier vil øke andelen dødsfall på grunn av iskemisk hjertesykdom og cerebrovaskulær sykdom med 32 % hver og andelen dødsfall på grunn av diabetes med 68 %. Det viser en studie publisert i *Bulletin of the World Health Organization* (1).

– Et stort antall dødsfall med uspesifikke årsaker i dødsårsaksregisteret kan bli omklassifisert til mer spesifikke diagnoser, hovedsakelig iskemisk hjertesykdom og slag, konkluderer Ardeshir Khosravi og kolleger.

I landlige områder av Iran blir dødsårsaken ofte registrert ut fra intervju med familiemedlemmer.

Fem av de vanligste dødsårsakene i registeret er uspesifikke, som «senilitet uten psykose», «ukjent» og «andre kardiovaskulære sykdommer». Forfatterne fant også langt flere dødsfall enn forventet i kategoriene «hjertesvikt» og «hypertensjon».

Detaljerte journalnotater for 126 sykehusdødsfall som var klassifisert til sju uspesifikke eller udefinerte dødsårsaker ble vurdert. Nye dødsårsaker basert på journalnotatene ble deretter sammenliknet med informasjonen i dødsårsaksregisteret.

Rundt 88 % av 582 dødsfall med uspesifikke diagnoser hos personer i alderen 15–69 år ble omklassifisert til spesifikke diagnoser, deriblant iskemisk hjertesykdom (33 %), slag (13 %) og skader (10 %). Et liknende mønster ble funnet for 738 dødsfall hos eldre (70 år og over), der ble 46 % omklassifisert til iskemisk hjertesykdom og slag.

– Kvaliteten på dødsattestene må bli bedre. Som et minimum bør standard internasjonale dødsattester tas i bruk. Inntil dette er gjort bør ikke data fra Irans dødsårsaksregister brukes i epidemiologiske studier, konkluderer forfatterne.

Oda Riska
oriska@hotmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Khosravi A, Rao C, Naghavi M et al. Impact of misclassification on measures of cardiovascular disease mortality in the Islamic Republic of Iran: a cross-sectional study. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 688–96.

Tobakksindustriens nye markeder

Bussterminalen er full av folk, det er 35 grader og svetten renner. Jeg løfter blikket fra menneskemylderet og ser Eiffeltårnet mot horisonten. Et øyeblikk drømmer jeg meg til den kjølige franske hovedstaden før det går opp for meg at det er en reklameplakat jeg ser. Her har tanzanianere flest en sjanse til å komme seg ut i verden! Sigarett-pakkene av merket Embassy kan inneholde en flybillett til Paris.

Samtidig som antall røykere blir færre i vestlige land, øker tobakksbruken i verden totalt sett. I 2003 bodde om lag 80 % av verdens 1,3 milliarder røykere i utviklingsland, og andelen er økende (1, 2). At tobakksindustrien søker nye markeder i utviklingsland, blir sett som den viktigste årsaken til dette (3). Endringen i røykevaner er mange steder så ny at man ikke ser sykdomskonsekvenser ennå (4).

I landene i Afrika sør for Sahara er det fremdeles en forholdsvis lav andel røykere, særlig blant kvinner (5). Dette gjør kontinentet til et fristende marked for tobakksindustrien. Mange har engasjert seg i tobakksforebyggende arbeid. Er det mulig å forhindre at en velstandsøkning i befolkningen bokstavelig talt går opp i røyk?

Vi var i Tanzania for å gjøre feltarbeid til hovedoppgaven vår om tobakksforebygging. Oppgaven ble skrevet våren 2008 ved avdeling for arbeids- og miljømedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (6).

WHO setter søkelys på forebygging

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i de senere årene satt søkelys på tobakksforebyggende arbeid som en viktig faktor for å bedre helsetilstanden i utviklingsland (7). I regi av organisasjonen er det utarbeidet en

internasjonal konvensjon om tobakksforebyggende arbeid (8). Konvensjonen trådte i kraft 27.2. 2005 og er den første lovmessig bindende helseavtale som er vedtatt gjennom FN. I dag har 154 land ratifisert avtalen og dermed forpliktet seg til å gjennomføre en rekke forebyggende tiltak. Disse omfatter bl.a. forbud mot tobakksreklame og salg av sigaretter til mindreårige, helseadvarsler på tobakksprodukter og tiltak som beskytter mot passiv røyking. Tanzania ratifiserte avtalen i 2007. Landet hadde da allerede hatt en røykelov i fire år.

Tobakksforebyggende arbeid

Det finnes ingen nasjonal statistikk over utbredelsen av tobakksbruk i Tanzania. Undersøkelser i Dar-es-Salaam, landets største by, viser en forekomst av sigarett-røyking på rundt 25 % for menn og 3 % for kvinner (9, 10). For øvrig er Tanzania et svært fattig land, den gjennomsnittlige levealderen er 51 år og den viktigste dødsårsaken er infeksjonssykdommer (9, 11). Er røyking da et helseproblem det er verdt å bry seg om?

Vi intervjuet 14 tanzanianere som hadde interesse for tobakksforebyggende arbeid. Blant disse var helsepersonell, studenter og lærere samt representanter for myndighetene og frivillige organisasjoner. De var bekymret over en mulig økning i tobakksbruken, særlig blant unge i byene. Årsakene til at de hadde engasjert seg i tobakksforebygging var ellers forskjellige.

Enkelte ønsket en reduksjon i landets tobakksproduksjon – Tanzania er i dag Afrikas tredje største produsent. De mente tobakksdyrkingen ledet til avskoging og at tobakksbøndene hadde svært dårlige leveforhold. Å argumentere for en reduksjon av produksjonen var imidlertid ikke lett. Landet fikk viktige eksportinntekter fra salget av tobakk, som myndighetene i stor grad støttet. Salget av sigaretter til landets egen befolkning var lønnsomt og genererte store skatteinntekter. Flere mente imidlertid

Brev fra Tanzania





Til venstre: Sigarettreklame på en kiosk i byen Morogoro. Som alle reklameplakater hadde også denne en helseadvarsel, men den er ikke lett å legge merke til. Til høyre: Her kan du vinne en tur til Paris! Reklame på Daladala-stasjonen (stoppested for lokal transport) i Morogoro. Alle foto K. Opdal og C. Ustvedt

at tobakkseksport ikke var noe å satse på for fremtiden, da sigarettbruken i de viktige europeiske eksportmarkedene var for nedgående.

Mange var også opptatt av å forebygge tobakksepidemien av helsemessige grunner. Tobakksforebygging var ikke noe prioritert område i helsevesenet, og det fantes svært lite kunnskap om nasjonale helseeffekter av tobakksbruk. Flere av helsearbeiderne vi intervjuet følte at de på grunn av knappe ressurser ikke kunne være primære aktører i det tobakksforebyggende arbeidet. I stedet mente de at en fungerende røykelov var det viktigste tiltaket for å holde tobakksbruken i sjakk.

Først og fremst ønsket de vi snakket med å fjerne reklamen fra gatebildet. De ønsket også å forsterke forbudet mot salg av tobakk til mindreårige. Forbudet er inkludert i dagens røykelov, men blir ikke fulgt opp. Ikke et eneste sted så vi de lov-pålagte skiltene om at tobakk ikke skulle selges til personer under 18 år. Det viktigste med en ny lov vil dermed være at den blir håndhevet. Dagens lov var det få som i det hele tatt visste eksisterte.

I tillegg til en fungerende røykelov var det mange som hadde stor tro på informasjonsarbeid som grunnlag for tobakksforebygging. De mente at kunnskap om helseeffektene av røyking var manglende eller svært begrenset mange steder, særlig på landet, og at økt kunnskap kunne hindre flere i å begynne å røyke. Andre mente at de unge begynte å røyke selv om de kjente til helseeffektene. Sykdommene lå for langt frem i tid, og røyking var trendy – et tegn på rikdom og suksess. I alle fall var det dette budskapet reklamen formidlet.

Optimisme

Til tross for utfordringene trodde flere det ville være mulig å forebygge en røykeepidemi i landet. De fleste tanzanianere er ikke-røykere, og mange hadde et negativt syn på røyking. Spesielt hadde kulturelle normer så langt gjort at få kvinner røykte, selv om en økt vestliggjøring var i ferd med å endre dette. Oppmerksomheten omkring temaet i befolkningen generelt og myndighetene spesielt hadde økt de siste årene. Dette var en følge av røykeloven fra 2003 og arbeidet med ratifisering av den interna-

sjonale avtalen. Tobakkindustrien hadde imidlertid mye mer ressurser til markedsføring og påvirkning enn de som arbeidet med forebyggende arbeid. Samme hvilken forebyggende strategi man satset på, ble myndighetenes innsats tillagt avgjørende betydning for gjennomføringen. Hvem som vinner frem med sitt syn overfor de folkevalgte, vil dermed kunne bli bestemmende for hvor mange røykere Tanzania ender opp med om 20 år.

Under besøket til Tanzania så vi mye tobakksreklame, men få røykere. Vi møtte



«Unngå gruppepress» – på et skolegjerde i Dar-es-Salaam blir elevene advart mot røyking og alkohol

også en rekke engasjerte mennesker som ønsket å beskytte landet sitt mot enda et helseproblem. Det burde være mulig. Da tobakksbruken eksploderte i Vesten, fantes det lite kunnskap om helseeffekter og forebygging. I dag vet vi hva som skal til for å stoppe tobakksepidemien (7). Det gjelder bare å sette tiltakene i verk.

Kjersti Opdal

kjersop@stud.ntnu.no

Caroline Ustvedt

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Abdullah ASM, Husten CG. Promotion of smoking cessation in developing countries: a framework for urgent public health interventions. *Thorax* 2004; 59: 623–30.
2. Thun MJ, da Costa e Silva VL. Introduction and overview of global tobacco surveillance. I: Shafiq O, Dolwick S, Guindon GE, red. Tobacco control country profiles. 2. utg. Atlanta: American Cancer Society, 2003: 7–12. www.who.int/entity/tobacco/global_data/country_profiles/Introduction.pdf [10.8.2008].
3. Yach D, Bettcher D. Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tob Control* 2000; 9: 206–16.
4. Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242–7.
5. Townsend L, Flisher AJ. A systematic literature review of tobacco use among adults 15 years and older in sub-Saharan Africa. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84: 14–27.
6. Opdal K, Ustvedt C. Tobacco control in Tanzania. Trondheim: Det medisinske fakultet, Norges teknisk-vitenskapelige universitet, 2008. www.stolav.no/StOlav/Virksomhet/Behandling/Lunge-+og+arbeidsmedisin/Enheter/Arbeidsmedisin/
7. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Genève: WHO, 2008. www.who.int/tobacco/mpower/en/ [10.8.2008].
8. WHO Framework Convention on Tobacco control. Genève: WHO, 2003. www.who.int/fctc/text_download/en/index.html [10.8.2008].
9. Bovet P, Ross A, Gervasoni J-P et al. Distribution of blood pressure, body mass index and smoking habits in the urban population of Dar es Salaam, Tanzania, and associations with socioeconomic status. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 240–7.
10. Jagoe K, Edwards R, Mugushi F et al. Tobacco smoking in Tanzania, East Africa: population based smoking prevalence using expired alveolar carbon monoxide as a validation tool. *Tob Control* 2002; 11: 210–4.
11. United Nations Development Programme. Human Development Reports Tanzania. http://hdrstats.undp.org/countries/country_fact_sheets/cty_fs_TZA.html[24.4.2008].

Manuskriptet ble mottatt 14.5. 2008 og godkjent 1.9. 2008. Medisinsk redaktør Siri Lunde.

Karsinom, karcinom eller carcinom?

Ordet brukes ofte i medisinske dokumenter, men hvordan skal det skrives?

Kreft som utgår fra overflateceller, kalles for «karsinom» (fra det latinske ordet «carcinoma»). Forstavelser som «plate», «adeno» og «overgangsepitel» brukes for å presisere hva slags type karsinom det dreier seg om.

Nesten alle krefttilfeller blir diagnostisert ved at celler og vev sendes til en av landets 20 patologiavdelinger, der materialet prosesseres og til slutt vurderes ved hjelp av mikroskop. Både patologer og klinikere bruker ulike norske skrivemåter av det latinske ordet carcinoma – oftest «carcinom» eller «karsinom», noen ganger «karcinom».

Hva er korrekt? Forfatterveiledningen i Tidsskriftet er tydelig (1). Fornorsket form er «karsinom», og avledninger av dette grunnordet skal skrives tilsvarende: karsinogen, karsinogenese, karsinoid, karsinomatose etc. Den fornorskede formen karsinom finnes også i en rekke andre oppslagsverker (2–7). Vi kan imidlertid bruke det latinske ordet carcinoma som i begrepet «carcinoma in situ» for å fortelle at det foreligger et preinvasivt karsinom. Eller for eksempel «carcinoma hepatocellulare», som på norsk blir hepatocellulært karsinom eller levercellekar-sinom.

Ikke så sikkert?

Kunnskapsforlagets medisinske ordbok har imidlertid også oppslagsordet «carcinom» med henvisning til «karcinom» (men ikke til «karsinom»), og under oppslagsordet «karsinom» står det henvisning til «carcinoma» (men ikke til «carcinom») (5). *Norsk ordbok* bruker derimot både «karsinom» og «carcinom» som fornorskede ord (8). Våre naboer, svenskene og danskene, bruker «karcinom» (9, 10). I *Store norske leksikon* (11) brukes også begrepet «karsinom in situ», altså med fornorsking av kun det første ordet, og det er vel feil. Så det er kanskje ikke til å undres over at vi leger skriver ordet «karsinom» forskjellig, selv om oppslagsbøkene naturlig nok stort sett bruker den korrekte formen.

Konklusjon

Er dette viktig? Generelt vil språkvalitet i skrift og tale og oppbygging av tekster reflektere nivå av fagkunnskap. Hvordan

vi beskriver noe, henger sammen med hvordan vi observerer og i vårt fag sammen med vår forståelse av normal og patologisk anatomi. Derfor bør det også være viktig med bevisst, korrekt og konsistent bruk av medisinske ord og uttrykk.

Altså – «karsinom» er korrekt fornorsking.

Ivar Skjåk Nordrum

ivar.nordrum@ntnu.no

Institutt for laboratoriemedisin,

barne- og kvinnesykdommer

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Litteratur

1. Tidsskriftets forfatterveiledning. www.tidsskriftet.no/index.php?nota_id=57 [5.9.2008].
2. Øyri A. Norsk medisinsk ordbok. 8. utg. Oslo: Samlaget, 2007: 512.
3. Lindsog BI. Gyldendals store medisinske ordbok (tidligere Universitetsforlagets store medisinske ordbok). 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 263.
4. Store norske leksikon. Karsinom. www.snl.no/article.html?id=623944 [5.9.2008].
5. Nylenna M, red. Medisinsk ordbok. 6. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005: 57, 169.
6. Berulfsen B, Gundersen D. Fremmedord blå ordbok. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2004.
7. Tanums store rettskrivningsordbok. 9. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005: 400.
8. Guttu T. Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005.
9. Svenska akademien ordbok. <http://g3.spraakdata.gu.se/saob> [5.9.2008].
10. Nørby S, red. Klinisk ordbog. 16. utg. København: Munksgaard, 2004: 616.
11. Store norske leksikon. Karsinom in situ. www.snl.no/article.html?id=13179261 [5.9.2008].